

COMMENT J'EXPLORE ... une raréfaction des sourcils

C. DEVILLERS (1), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (2), G.E. PIÉRARD (3)

RÉSUMÉ : La raréfaction ou la perte des sourcils peut représenter un sujet d'inquiétude de nature esthétique, ou correspondre à un signe clinique particulier d'une maladie. Les pathologies causales sont quelques dermites et diverses pathologies endocriniennes, auto-immunes, infectieuses, néoplasiques, traumatiques, iatrogènes ou génétiques.

MOTS-CLÉS : Sourcil - Alopécie - Signe de Hertoghe

HOW I EXPLORE... EYEBROW ALOPECIA

SUMMARY : The rarefaction or loss of eyebrow hair may represent an esthetic complaint or a peculiar finding associated with a given disease. The causal disorders correspond to a few dermatitides and several endocrine, auto-immune, infectious, neoplastic, traumatic, iatrogenic and genetic disorders.

KEYWORDS : Eyebrow - Alopecia - Hertoghe's sign

INTRODUCTION

Sur un plan esthétique, la présence et l'abondance des sourcils ont des implications certaines. L'expression du visage est très influencée par la forme et les mouvements des sourcils. Leur raréfaction ou leur absence a des conséquences au plan des relations sociales. Au-delà de ces considérations esthétiques, une alopécie des sourcils peut être pathognomonique de certaines dermites ou de diverses pathologies endocriniennes, auto-immunes, infectieuses, néoplasiques, traumatiques ou génétiques (1, 2). Cette revue en présente une synthèse.

DERMITES

Deux dermatoses primitives communes sont impliquées dans une raréfaction des sourcils. Il s'agit de la dermatite atopique et de la dermite séborrhéique. Dans la dermatite atopique, l'atteinte prédomine dans le tiers externe des sourcils, ce qui correspond au signe de Hertoghe. Cet état pourrait résulter du frottement ou du grattage répétitif lié au prurit. Une situation similaire peut accompagner une dermite séborrhéique (3). Elle est peut-être corrélée à une colonisation excessive de la peau par des levures du genre *Malassezia* (4).

HYPOTHYROÏDIE

L'alopécie des sourcils et du cuir chevelu peut être une manifestation de l'hypothyroïdie (5). L'atteinte prédomine dans la partie externe des sourcils et est connue dans la littérature anglosaxonne sous le terme «signe de la reine Anne» (2, 5).

MALADIES AUTO-IMMUNES

Quelques pathologies auto-immunes affectant la peau sont responsables d'une alopécie des sourcils (Tableau I). L'alopécie fibrosante frontale touche avec prédilection la femme ménopausée (6, 7). L'alopécie des sourcils en est un des signes cardinaux. Il s'agirait d'une variante folliculaire du lichen dont il est parfois difficile de faire le diagnostic différentiel. Le syndrome de Graham-Little-Lassueur est une autre présentation particulière du lichen qui se manifeste par une triade combinant une alopécie cicatricielle progressive du cuir chevelu, une perte non cicatricielle de la pilosité des sourcils, du pubis et des aisselles, et une éruption lichénoïde folliculaire (8). Au niveau des cils et des sourcils, on retrouve des papules folliculaires kératosiques. Cette affection touche préférentiellement les femmes au-delà de la trentaine.

Le lupus érythémateux, dans sa forme discoïde, est caractérisé par des macules érythémato-squameuses bien circonscrites et kératosiques. Une atteinte des sourcils est possible. On y retrouve des squames adhérentes, des téléangiectasies, une dépigmentation et des bouchons cornés folliculaires. La destruction des follicules entraîne une alopécie cicatricielle.

La pelade est une perte de pilosité qui se manifeste en aire (1) ou est généralisée (9). Cette affection touche des individus de tous âges (10). L'atteinte des sourcils a un impact esthétique majeur et peut correspondre à la seule manifestation clinique décelable (11).

Une sclérodémie localisée, en particulier celle correspondant à la forme «en coup de sabre», peut se manifester par une alopécie des sourcils. Dans cette pathologie, des manifestations neurologiques et ophtalmologiques ne sont pas rares (12, 13).

(1) Assistant clinique, (2) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (3) Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège.

TABLEAU I. PATHOLOGIES AUTO-IMMUNES RESPONSABLES D'UNE ALOPÉCIE DES SOURCILS

- Alopécie fibrosante frontale
- Lupus érythémateux
- Pelade
- Sclérodermie en coup de sabre
- Syndrome de Graham-Little-Lassueur
- Syndrome de Romberg

TABLEAU II. GÉNODERMATOSES RESPONSABLES D'UNE ALOPÉCIE DES SOURCILS

- Dysplasie ectodermique
- Erythrodermies congénitales
- Ichtyose folliculaire avec atrichie et photophobie
- Kératose folliculaire décalvante
- Kératose pilaire atrophiant
- Syndrome de Fraser
- Syndrome de Meige

INFECTIONS

Parmi les maladies infectieuses, la lèpre, la leishmaniose et la syphilis secondaire sont reconnues pour être potentiellement responsables d'une alopécie des sourcils (2, 14). Le tableau de la lèpre correspond parfois au faciès léonin typique d'une forme lépromateuse.

NÉOPLASIES

Une perte des sourcils peut survenir au site d'une néoplasie maligne. Le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire, le mélanome cutané ou une métastase représentent des exemples typiques (15). Le mycosis fongoïde, en particulier dans sa forme folliculaire ou de mucinose folliculaire, est une autre cause reconnue d'alopécie des sourcils (16).

TRAUMATISMES

Un traumatisme représente probablement la cause la plus fréquente d'une alopécie des sourcils (1). Il peut s'agir d'une trichotillomanie ou d'une épilation à visée esthétique (17, 18). De découverte plus rare, la trichoteiromanie correspond à la perte pilaire par frottements répétitifs et la trichotemnomanie correspond à un comportement compulsif de rasage (19).

AGENTS PHARMACOLOGIQUES ET RADIATIONS IONISANTES

Divers agents de chimiothérapie induisent une alopécie (20, 21). La répercussion psychologique peut s'avérer importante (22), particulièrement lorsque les sourcils sont atteints. En effet, la dissimulation du problème est particulièrement difficile. La radiothérapie et les bains d'électrons exercent un effet alopeciant similaire (23).

Des médicaments tels que le rétinol, la niacine et l'acitrétine administrés à des doses excessives peuvent également provoquer une alopécie des sourcils (2).

GÉNODERMATOSES

L'alopécie néonatale des sourcils doit attirer l'attention vers diverses génodermatoses (24-30). Les principales pathologies concernées sont présentées dans le tableau II. Il ne faut cependant pas oublier qu'une alopécie des sourcils en période néonatale peut représenter un phénomène physiologique transitoire, sans conséquence ultérieure (2).

CONCLUSION

Une perte partielle ou totale des sourcils peut être psychologiquement très perturbante. Elle doit évoquer la possibilité de diverses pathologies qu'il convient de prendre en charge de manière spécifique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kingery FA.— Eyebrows, plus or minus. *JAMA*, 1966, **195**, 571.
2. Velez N, Kehra P, English JC.— Eyebrow loss. Clinical review. *Am J Clin Dermatol*, 2007, **8**, 337-348.
3. Gupta AK, Madzia SE, Batra R.— Etiology and management of seborrheic dermatitis. *Dermatology*, 2004, **208**, 89-93.
4. Piérard GE, Ausma J, Henry F, et al.— A pilot study on seborrheic dermatitis using pramiconazole as a potent oral anti-Malassezia agent. *Dermatology*, 2007, **214**, 162-169.
5. Felz M, Forren A.— Profound hypothyroidism : a clinical review with eight recent cases : is it right before our eyes ? *South Med J*, 2004, **97**, 490-498.
6. Ramirez DM, Martinez FC.— Frontal fibrosing alopecia : a survey in 16 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2005, **19**, 700-705.
7. Tosti A, Piraccini BM, Iorizzo M, et al.— Frontal fibrosing alopecia in postmenopausal women. *J Am Acad Dermatol*, 2005, **52**, 55-60.
8. Viglizzo G, Verrini A, Rongioletti F.— Familial Lassueur-Graham-Little-Piccardi syndrome. *Dermatology*, 2004, **208**, 142-144.
9. Piérard GE, Piérard-Franchimont C, Marks R, et al.— EEMCO guidance for the assessment of hair shedding and alopecia. *Skin Pharmacol Physiol*, 2004, **17**, 98-110.

10. Lenane P, Pope E, Krafchik B.— Congenital alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*, 2005, **52**, S8-S11.
11. Barankin B, Taber M, Wasel N.— Successful hair transplant of eyebrow alopecia areata. *J Cutan Med Surg*, 2005, **9**, 162-164.
12. Holland K, Steffes B, Nocton J, et al.— Linear scleroderma 'en coup de sabre' with associated neurologic abnormalities. *Pediatrics*, 2006, **117**, 132-136.
13. Tollefson M, Witman P.— En coup de sabre morphea and Parry-Romberg syndrome : a retrospective review of 54 patients. *J Am Acad Dermatol*, 2007, **56**, 257-263.
14. Jordaan HF, Louw M.— The moth-eaten alopecia of secondary syphilis : a histopathological study of 12 patients. *Am J Dermatopathol*, 1995, **17**, 158-162.
15. Peris K, Cerroni L, D'Alessandro I, et al.— Cutaneous eyebrow metastasis in a patient with primary gastric adenocarcinoma. *Acta Dermatol Venereol*, 1993, **74**, 154-155.
16. Doorn R, Scheffer E, Willemze R.— Follicular mycosis fungoides, a distinct disease entity with or without associated follicular mucinosis. *Arch Dermatol*, 2002, **138**, 191-198.
17. Walsh K, McDougle C.— Trichotillomania presentation, etiology, diagnosis and therapy. *Am J Clin Dermatol*, 2001, **2**, 327-333.
18. Radmanesh M, Shafiei S, Naderi A.— Isolated eyebrow and eyelash trichotillomania mimicking alopecia areata. *Int J Dermatol*, 2006, **45**, 557-560.
19. Happle R.— Trichotemnomania : obsessive-compulsive habit of cutting or shaving the hair. *J Am Acad Dermatol*, 2005, **52**, 157-159.
20. Piérard GE, Paquet P, Piérard-Franchimont C, et al.— Réactions cutanées indésirables à la chimiothérapie et leurs traitements. *Rev Med Liège*, 2007, **62**, 457-462.
21. Piérard-Franchimont C, Quatresooz P, Rorive A, Piérard GE.— How to manage hair changes in cancer patients. In : *Handbook of skin care in cancer patients*. Ed. par P. Verrecke, A. Awada. Publ. Novapublishers, New York, sous presse.
22. Hesketh P, Batchelor D, Golant M, et al.— Chemotherapy-induced alopecia psychosocial impact and therapeutic approaches. *Supp Cancer Care*, 2004, **12**, 543-549.
23. Ravi A, Nisce L, Norid.— Total skin electron beam therapy in the management of cutaneous malignancies. *Clin Dermatol*, 2001, **19**, 354-356.
24. Powell J, Dawber R, Ferguson D, et al.— Netherton's syndrome : increased likelihood of diagnosis by examining eyebrow hair. *Br J Dermatol*, 1999, **141**, 544-546.
25. Pruszkowski A, Bodemer C, Fraitag S, et al.— Neonatal and infantile erythrodermas. *Arch Dermatol*, 2000, **136**, 875-880.
26. Florez A, Fernandez-Redondo V, Toribio J.— Ulerythema ophryogenes in Cornelia de Lange syndrome. *Pediatr Dermatol*, 2002, **19**, 42-45.
27. Slavotinek AM, Tift CJ.— Fraser syndrome and cryptophthalmos : review of the diagnostic criteria and evidence for phenotypic modules in complex malformation syndromes. *J Med Genet*, 2002, **39**, 623-633.
28. Zannolli R, Inchingolo G, Serracca L, et al.— Ectodermal dysplasia syndrome with eyebrow alopecia, ptosis, strabismus, nystagmus, joint laxity, cerebellar ataxia and osteopenia. *Am J Med Genet*, 2002, **113**, 111-113.
29. Chien AJ, Valentine MC, Sybert VP.— Hereditary woolly hair and keratosis pilaris. *J Am Acad Dermatol*, 2006, **54**, S35-S39.
30. Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Génotrichoses alopeciantes de l'enfance. *Dermatol Actual*, 2007, **104**, 12-21.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au
Pr. G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU
de Liège, 4000 Liège, Belgique.
E-mail : gerald.pierard@ulg.ac.be